Faculté de Médecine de l'Université de Paris

Année 1914

THÈSE

N° 160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André MAR

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

INTERVENTIONS GYNÉCOLOGIQUES

ET

PSYCHOPATHIES

Travail du Pavillon de Chirurgie de l'Asile Sainte-Anne

Président : M. le Professeur RECLUS

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain, 120

1914

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A la mémoire du regretté Professeur BRISSAUD

A M. le Professeur RECLUS

Qui nous fait le grand honneur de présider cette thèse.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MM. le Professeur ALBARAN (*in memoriam*).
le Docteur LEGENDRE.
le Professeur Agrégé TROISIER.
le Professeur Agrégé MAUCLAIRE.
le Docteur PICQUÉ.
le Docteur BAUDET.
le Professeur Agrégé SICARD.
le Docteur BRAULT.
le Professeur Agrégé BONNAIRE.
le Professeur BAR.
le Professeur Agrégé GRÉGOIRE.

A MM. LES DOCTEURS :

BRIAND
BONNET
CAPGRAS
DUPAIN
} MÉDECINS DES ASILES

En reconnaissance de l'accueil bienveillant
que j'ai reçu près d'eux.

A mes amis

LES DOCTEURS LINÉ, MORTIER, VIVIER et MASSON.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/interventionsgyn0031andr

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PICQUÉ

Avant de commencer cette thèse, qu'il nous soit permis d'accomplir un devoir bien doux.

Pendant plusieurs années, nous avons eu le bonheur d'être l'élève de M. Picqué.

Près de lui, nous avons appris à connaître, à aimer cette admirable profession qu'est l'art de la médecine. Sans cesse il a bien voulu nous guider dans le chemin si droit qu'il a su faire aimer à tous ses élèves ; et dans toutes les circonstances de la vie, il s'est montré pour nous un maître plein de bienveillance ainsi qu'un guide ferme et sûr.

Nous sommes heureux de pouvoir ici lui témoigner notre sincère gratitude et notre profonde reconnaissance.

INTERVENTIONS GYNÉCOLOGIQUES

ET

PSYCHOPATHIES

AVANT-PROPOS

En 1911, au Congrès d'obstétrique de France, une communication, faite par un médecin étranger sur les rapports des maladies utérines et de la folie, soulevait accessoirement une question d'une importance capitale.

Il ne s'agissait rien moins que de condamner les interventions mutilantes de la gynécologie opératoire et de restaurer, en gynécologie, la thérapeutique médicale, c'est-à-dire l'emploi d'agents locaux divers destinés à guérir en conservant aux organes malades leur intégrité anatomique.

Cette thérapeutique, fort en honneur à l'époque encore peu éloignée de la nôtre où l'anatomie pathologique des lésions infectieuses péri-utérines n'était pas faite, et où la chirurgie, encore peu sûre de ses moyens d'action, comportait une mortalité excessive, trouve aujourd'hui des applications beaucoup plus limitées depuis que l'on a définitivement fixé, dans ces lésions infectieuses, le rôle de la trompe et rejeté au dernier plan les adénolymphangites d'où dérivaient naguère, pour les auteurs, toutes les infections péri-utérines.

La thérapeutique opératoire se justifie également davantage depuis le perfectionnement de la technique.

Il serait intéressant d'établir par des statistiques les résultats obtenus par l'une et l'autre méthode, mais ce travail, déjà difficile par lui-même, conduirait en outre à la discussion de questions délicates de diagnostic.

Il n'y a pas, en effet, de chirurgiens qui ne possèdent des faits qui établissent que parfois des guérisons attribuées à la méthode conservatrice ont pu s'expliquer par des erreurs de diagnostic.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que, parmi les nombreuses

raisons qui poussent encore les malades à recourir aux remèdes multiples de la thérapeutique médicale, une des principales vient que, dans l'esprit du public et de beaucoup de médecins, l'utérus est, chez la femme, « le régulateur de son équilibre mental », selon l'expression de mon Maître, M. Picqué, et que sa suppression est le point de départ des psychoses post-opératoires.

En 1898, M. Picqué, dans une retentissante discussion qu'il avait soulevée à la Société de Chirurgie, démontra que celles-ci n'évoluaient qu'en terrain prédisposé, c'est-à-dire chez des candidates à l'aliénation mentale.

Depuis de longues années, j'ai suivi la pratique de M. Picqué, à Bichat, à Lariboisière, et dans son beau service du Pavillon de chirurgie de Sainte-Anne; j'ai appris près de lui combien les opérations gynécologiques les plus importantes sont rendues bénignes grâce à une bonne technique. J'ai encore appris, en suivant son enseignement, à connaître le mode d'action des lésions périphériques sur le cerveau, et dans quelles conditions un délire peut apparaître après une opération ou disparaître après elle.

C'est en m'appuyant sur ses travaux que je me propose de démontrer que la gynécologie opératoire mérite de rester au premier rang de la thérapeutique des maladies utérines.

Je serai heureux si j'ai fidèlement reproduit ses idées et abouti à une conclusion rationnelle.

Dans un premier chapitre, je rappellerai, à l'aide de documents historiques aujourd'hui bien connus, dans quelles conditions a été reconnue l'action de l'utérus sur le cerveau, et j'en étudierai le mode d'après les idées de mon Maître.

Dans un deuxième chapitre, je chercherai à établir que les opérations mutilantes n'ont pas l'action nocive qu'on leur attribue.

CHAPITRE PREMIER

Les relations entre l'utérus et les diverses manifestations de la folie ont été signalées de tout temps.

L'école somatique, fondée par Galien, reconnaissait que l'origine de la folie peut être à la périphérie du corps. Elle ouvrait ainsi, dès l'antiquité, la voie à toutes les études qui ont été faites depuis lors sur le rôle de l'utérus dans la genèse de la folie.

D'ailleurs, le médecin de Pergame, dans son traité des « lieux affectés » (*Études sur les affections consécutives*), développait d'une façon précise la doctrine de la folie sympathique qui attirait d'autant plus l'attention des médecins que les faits sur lesquels elle s'appuyait étaient d'ordre purement clinique.

L'école de Galien, comme le fait remarquer M. Picqué dans la préface de son livre (*Psychopathies et chirurgie*), était à la fois philosophique et médicale, et ses disciples cherchaient dans l'observation la confirmation de la doctrine d'Aristote.

Avant lui, Hippocrate (*Des eaux, des airs et des lieux*) avait déjà étudié les rapports de la folie sympathique dans ses rapports avec les maladies de l'estomac et des organes génitaux.

D'autres auteurs, d'ailleurs, Arétée de Cappadoce et Dioclès, entre autres, reproduisaient les idées d'Hippocrate sur la folie sympathique. Plus tard, chez les médecins grecs, latins, et ceux de la décadence, nous retrouverons les mêmes tendances.

Pendant le moyen âge, sous des influences que nous n'avons pas à envisager ici, la science s'égare dans des erreurs grossières.

Paracelse, et surtout Van Helmont, puis plus tard F. Plater accordaient cependant à l'utérus une place prépondérante dans la genèse de la folie (1).

A l'époque moderne, Morgagni devait opposer, par ses admirables travaux sur les lésions du système nerveux, le solidisme aux idées humorales anciennes.

Au XIX^e^ siècle, la voie anatomo-pathologique qu'il avait inau-

(1) Les renseignements historiques contenus dans ce chapitre sont empruntés à l'ouvrage de M. Picqué, *Psychopathies et chirurgie*, 1912, Masson, édit.

gurée devait, sous l'impulsion de l'école de la Salpêtrière, conduire à d'incontestables découvertes.

Les origines périphériques du délire furent dès lors complètement délaissées, et le cerveau resta l'unique domaine de la folie.

Au commencement du siècle, quelques aliénistes, Esquirol et Marcé, soutenaient cependant la doctrine en s'appuyant sur la chirurgie.

Esquirol avait reconnu, dans la genèse de la folie chez la femme, l'influence des causes physiques, la leucorrhée, la menstruation, l'accouchement, l'allaitement. Avec lui, le rôle de l'utérus reparaissait, et il fixe à un sixième la proportion des troubles menstruels dans la genèse de la folie.

Cet auteur cite en outre le cas d'une jeune fille aliénée par la suppression des règles qui, un matin, en se levant, alla se jeter au cou de sa mère en annonçant qu'elle était guérie : ses menstrues avaient coulé abondamment, et la raison revint aussitôt.

Plus tard les auteurs décrivirent d'une façon spéciale les psychoses de la puberté et de la ménopause.

Morel, dont les travaux sur la dégénérescence mentale ont dominé en médecine mentale, est convaincu que les lésions de l'utérus et des annexes jouent un rôle important dans la production de la mélancolie ; comme Esquirol, il admet très nettement l'influence des troubles menstruels sur l'apparition des désordres de l'intelligence.

A peu près à la même époque, Belhomme, dans ses recherches sur les localisations de la folie publiées en 1836, étudiait la névropathie utéro-cérébrale et signalait deux faits, empruntés à la pratique de Lisfranc et de Boyer, qui démontraient bien le rôle que peut exercer la chirurgie sur certaines formes de délire.

Dans le cas de Lisfranc, il s'agit d'une dame qui présente un accès de délire au cours de quatre grossesses. Trente ans après, elle devient aliénée après une simple suppression de règles. Lisfranc, consulté, découvre une hypertrophie du col utérin. La guérison de la lésion entraîne celle du délire.

Le cas de Boyer concerne une jeune femme qui présente un accès de folie lors d'un premier accouchement. Dix ans après, en dehors de la grossesse, un nouvel accès éclate; Boyer constate l'existence d'un polype utérin : l'ablation amène la disparition du délire.

Plus près de nous encore, Loiseau, Azam (de Bordeaux), Mairet (de Montpellier) se proclament les défenseurs convaincus de la folie sympathique.

Loiseau, dans sa thèse célèbre de 1857, étudie les accidents cérébraux qui se rattachent à des altérations viscérales. Dans une statistique de 16 cas, il rapporte 5 cas d'affections utérines.

Baillarger, qui s'était rallié aux opinions de Loiseau, déclare, dans ses *Leçons orales de la Salpêtrière*, que les lésions utérines jouent un rôle dans la symptomatologie et l'étiologie de la folie.

Azam (de Bordeaux) fait une étude sur la folie sympathique et l'appuie sur 40 observations. Il admet très nettement le rapport des maladies organiques de l'utérus avec la folie et la guérison de celle-ci par le traitement des maladies curables de cet organe.

Plus récemment, Mairet (de Montpellier) reprenait encore les idées de Loiseau en s'appuyant lui-même sur 31 cas de sa pratique ou de celle de ses contemporains.

Bien que soutenue par des hommes de talent, cette doctrine fut mal accueillie par les aliénistes, et la chirurgie de l'époque, encore peu sûre de ses résultats, ne put lui prêter alors un appui efficace.

Comme nous le verrons plus loin, c'est d'abord en France, dès 1884, sous l'impulsion féconde de M. Picqué, puis en Amérique, dans ces dernières années, que la question fut reprise.

Au moment où, en France, Loiseau soutenait la thèse de la folie sympathique, Schutzenberger étudiait les rapports des organes génitaux de la femme avec l'hystérie.

Nous devons y insister, car les efforts qui ont été tentés à cette époque marquent une période intéressante dans l'histoire des rapports de la chirurgie avec les troubles mentaux.

C'est en 1846 que, pour la première fois, cet auteur précisa le rôle joué par les ovaires dans cette maladie.

Il admet que certaines excitations nerveuses locales, le plus souvent continues, peuvent devenir la cause organique de perturbations fonctionnelles intermittentes, se traduisant sous forme d'attaques ou d'accès convulsifs plus ou moins généralisés, avec ou sans perte de connaissance, sans que les organes centraux ou le système nerveux en général soient atteints d'un état pathologique permanent démontrable.

Il reconnaît ainsi que, chez la femme, l'excitation ovarique est la cause la plus fréquente de ce genre de perturbation dont le mode de production est analogue à celui de tous les mouvements réflexes.

Cette opinion ne devait pas tarder à entraîner les chirurgiens dans la voie opératoire au moment où la chirurgie abdominale commençait à prendre son essor.

Nous rappellerons les tentatives de Hégar, de Battey en 1872, celles de Péan, en France en 1882, de Championnière, de Terrier, de Terillon et de Pozzi dans les années qui ont suivi.

Comme le rappelle M. Picqué dans un récent travail (*Hystérie et chirurgie*, Académie de Médecine, février 1913), l'existence d'une lésion ovarienne n'était même pas nécessaire, et des chirurgiens comme Terrier et Pozzi admettaient alors la possibilité d'enlever des organes sains.

Ces tentatives, qui ont été également préconisées à Montpellier, furent le plus souvent suivies d'insuccès, et ceux-ci provoquèrent bientôt une réaction contre toute intervention pratiquée contre l'hystérie dans la zone génitale de la femme.

Grâce aux notions nouvelles acquises sur l'hystérie, on peut cependant entrevoir le rôle de la chirurgie dans certaines formes de l'hystérie liées à des lésions viscérales.

Dans un travail précédemment cité, M. Picqué a montré comment on peut adapter ces notions à la connaissance des relations qui peuvent exister entre l'hystérie et la chirurgie.

Pour lui, les manifestations de l'hystérie viscérale sont souvent greffées sur des symptômes réels, « dont elles sont une exagération ou une conservation auto-suggestive ».

Claude a développé cette donnée au Congrès de Genève, en 1907. Cet auteur estime, en effet, que telle altération organique qui pourrait rester latente et ne se caractériser que par des signes difficiles à mettre en évidence, « apparaît d'une façon éclatante » parce que l'hystérie vient amplifier le trouble fonctionnel.

Mon Maître, M. Picqué, au cours d'une longue pratique, a constaté les mêmes réactions ; mais il admet, en outre, que les lésions périphériques, agissant comme agent provocateur, peuvent donner lieu à des réactions mentales diverses pouvant affecter parfois la forme d'idées délirantes et amener, dans certaines conditions spéciales, à des indications opératoires.

Ainsi donc : réaction du cerveau hystérique sur une lésion périphérique, réaction de celle-ci sur le cerveau, telle est la formule qui, pour M. Picqué, est la base de la chirurgie chez l'hystérique. Il résulte de ces considérations que les rapports de l'appareil génital de la femme ne sont plus aussi hypothétiques qu'on le croyait naguère et qu'il est permis d'entrevoir d'ores et déjà l'action de la chirurgie sur certaines manifestations de l'hystérie.

A notre époque, la question des rapports de l'utérus avec

l'aliénation mentale a été de nouveau reprise, sur le terrain pathologique. Depuis 1884, M. Picqué, avec l'aide de M. Febvré, médecin en chef des asiles, rechercha le traitement de certaines formes mentales par l'intervention gynécologique.

En 1893, M. Febvré présenta, à la Société Médico-Psychologique, un cas de délire sympathique qu'il avait observé avec M. Picqué et qui disparut sous l'influence d'une double intervention chirurgicale. En 1898, le même auteur présentait encore à cette société un cas de délire mélancolique qui disparut entièrement à la suite d'ablation d'un fibrome utérin.

M. Picqué, en 1899, présentait avec M. Febvré, à la Société de Chirurgie, un travail renfermant de nombreuses observations qui démontraient le rôle bienfaisant de la chirurgie sur l'évolution de certains délires. Depuis, le nombre est considérable des faits analogues consignés dans son volume *Psychopathies et chirurgie.*

En 1897, à Montréal, au LXV^e^ Congrès de la *British medicinal Association* (section de psychiatrie), une discussion eut lieu sur le rôle curateur de la chirurgie dans certaines formes de l'aliénation mentale ; plusieurs médecins, reprenant les idées françaises de Loiseau, apportèrent des chiffres impressionnants.

G. Rohé (de Baltimore), médecin de l'asile d'aliénés de Sykesville (Maryland), a affirmé que 60 p. 100 des femmes internées présentaient des maladies utérines.

J. Davenport (de Kankakle) relève une proportion de 80 p. 100; Hobbs, 93 p. 100. En Russie, Idanoff (de Moscou) signale 32 cas de psychoses puerpérales sur 50 cas.

Bien avant cette époque, M. Picqué, en examinant avec soin les femmes internées dans les asiles, avait été frappé, comme autrefois Azam (de Bordeaux), de la très grande proportion de celles qui, en dehors de la folie puerpérale proprement dite, présentaient des affections gynécologiques.

Tout d'abord il avait signalé une proportion de 89 p. 100 qui se trouvait en rapport avec le chiffre fourni depuis dans les statistiques américaines.

Dans une étude plus récente, faite en collaboration avec M. Febvré, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard (*Archives de neurologie,* 1901), il constate 59 cas sur 61 femmes internées, c'est-à-dire 96,72 p. 100.

Les affections que cet auteur a rencontrées chez ces malades sont surtout des inflammations chroniques. L'infection y joue

donc un rôle prépondérant (126 affections inflammatoires contre 5 tumeurs). C'est là une constatation de la plus haute importance, comme nous le verrons plus loin.

Or, ces maladies utérines sont-elles indépendantes ou non de l'état mental? Déjà les faits que nous venons de citer tendent à établir cette subordination dans un certain nombre de cas. Peut-on l'admettre dans tous les cas, comme le veulent certains auteurs? Dans une communication faite le 30 juillet 1912 à l'Académie de Médecine sur les psychopathies symptomatiques, notre Maître fait justement remarquer que les chiffres indiqués plus haut ne représentent en eux-mêmes qu'un rapport de fréquence des affections de l'utérus ou des annexes chez les femmes internées, mais non un rapport de causalité.

Pour déterminer d'une façon précise s'il existe, chez ces malades, une prépondérance véritable, il serait nécessaire de pratiquer d'une façon systématique l'examen des organes d'un certain nombre de femmes à l'hôpital et de comparer les résultats.

Une enquête de ce genre est malheureusement impossible à faire.

Quoi qu'il en soit, certains auteurs affirment formellement le rapport de la folie et des affections utérines.

Bossi (de Gênes), directeur de la clinique gynécologique de l'Université de Gênes, a soutenu en 1911, devant le Congrès d'obstétrique de Paris, que les maladies de l'utérus sont l'unique cause de la folie chez la femme.

Pour lui, les affections utérines existent chez toutes les aliénées, et il n'hésite pas à prétendre que, lorsqu'elles ne sont pas signalées, c'est qu'elles ont été insuffisamment recherchées.

Il y a dans cette opinion un exclusivisme contre lequel on ne saurait trop s'élever. Toutefois les rapports de l'utérus avec la folie sont évidents à notre époque. M. Picqué s'est appliqué à en fournir la preuve à l'aide de nombreuses observations [Mémoire de Picqué et Febvré, *Société de Chirurgie*, 1899; thèses de Pelas, de Privat (1904), de Latapie].

Dans une première période (période physiologique), on invoquait les troubles physiologiques de la menstruation pour expliquer le privilège reconnu à l'utérus dans la production du délire.

Dans une deuxième période (période pathologique), on admet l'influence des troubles pathologiques. Celle-ci a été inaugurée, en France, par Loiseau, Adam et Mairet au cours du siècle dernier ; par Rohé et Hobbs, en Amérique.

Ces auteurs admettent qu'à la base du délire il existe une lésion de l'utérus ou des annexes, dont la guérison, sous l'influence du traitement médical, peut exercer sur lui une heureuse influence.

Les travaux de l'époque actuelle, représentés d'abord par les recherches de M. Picqué, en France, puis de plusieurs chirurgiens, en Amérique notamment, n'ont fait que confirmer les conclusions des premiers observateurs.

Mais le rôle de l'infection n'avait pas encore été précisé ; Loiseau ne distinguait pas suffisamment la lésion de l'organe ; — il pensait que les névroses intellectuelles devaient être le résultat d'une réflexion directe sur la couche corticale du cerveau d'impressions transmises par des organes malades et qu'il assimilait à une action réflexe (Picqué, *Psychopathies et chirurgie*).

M. Picqué s'est appliqué à démontrer par la chirurgie que c'est la lésion infectieuse, et non l'organe, qui provoque le trouble cérébral.

Dans cette conception, la lésion devient réellement spécifique ; aux vagues hypothèses indiquées par les auteurs pour expliquer la folie sympathique, d'origine utérine, notre Maître substitue la notion d'infection chronique. Nous verrons que celle-ci explique non seulement l'apparition des accidents cérébraux au cours des affections utérines de nature infectieuse, mais en même temps leur disparition sous l'influence des grandes opérations mutilantes.

Avec M. Picqué, l'utérus perd ainsi un privilège que les auteurs avaient jusqu'alors considéré comme exclusif ; il doit tout au moins le partager avec tous les organes ou tissus dans lesquels l'infection est susceptible de déterminer sur le cerveau des effets identiques.

La notion de l'infection permet encore, parmi les formes mentales que l'on rencontre au cours des affections utérines, de séparer bien nettement celles qui en sont indépendantes ; certaines formes ont avec les processus infectieux des relations évidentes et non contestables aujourd'hui, au point que, dans son rapport au Puy (août 1913), notre Maître a pu formuler la proposition suivante : « En l'absence du syndrome clinique de l'infection qui caractérise le délire infectieux, tout accès maniaque avec ou sans hallucinations, tout délire onirique accompagné ou non de confusion mentale, certaines formes de délire mélan-

colique ou hypocondriaque doivent faire penser à l'existence possible d'une lésion chirurgicale infectieuse, profondément située et latente. »

Cette notion de l'infection est loin d'être acceptée par tous les psychiatres. M. Picqué rappelle en effet que, pour certains d'entre eux, tout délire à base infectieuse, quelle que soit sa forme, doit rentrer dans les délires infectieux ; ils rejettent toute assimilation avec le délire périphérique.

Or, notre Maître distingue les deux variétés de délire à base infectieuse de la façon suivante : nous ne pouvons mieux faire que de reproduire *in extenso* le passage de son livre où il expose ses idées à cet égard (*Psychopathies et chirurgie*) :

« Dans les deux cas le délire a bien une origine infectieuse ; il faut cependant les différencier, en voici la raison : Dans les formes aiguës, comme il a été dit, l'infection générale masque l'infection localisée, et celle-ci peut manquer.

« Dans les formes chroniques, sauf dans des cas exceptionnels, il existe toujours un foyer infectieux ; ce dernier est ordinairement viscéral, latent et profondément situé. La situation est toute différente de la précédente. Des phénomènes d'infection générale ont pu accompagner son évolution au début ; ils ont depuis complètement disparu ; parfois ils n'ont jamais existé. Le délire a survécu à ceux-ci : il est devenu persistant et constitue toute la maladie, ou bien prédomine dans le syndrome quand d'autres symptômes viennent s'ajouter à lui. Celui-ci, enfin, peut avoir le même contenu que le délire d'infection aiguë, mais en général il revêt une forme différente. »

Il ressort bien de cet exposé lumineux que les délires à base d'infection chronique doivent trouver leur place dans le cadre des délires périphériques. La thèse de Latapie, interne de M. Picqué, contient, à cet égard, des cas intéressants. Or, il faut encore, pour être indiscutable, que l'observation soit soumise à des règles précises. Dans son rapport au Puy, M. Picqué a fait à cet égard une longue et intéressante critique des observations étrangères et montré qu'elles n'ont pas été faites dans des conditions suffisamment précises [observations de Suckling (de Birmingham) pour le rein mobile, de Bossi (de Gênes) et des Américains pour les affections utérines)]. Il convient d'y ajouter les observations lyonnaises, elles-mêmes, sur les rapports du goitre avec les troubles mentaux.

C'est dans le but de leur donner un caractère rigoureusement

scientifique que M. Picqué a constitué une « méthode chirurgicale en médecine mentale ».

Cette méthode comprend des éléments multiples que notre Maître a longuement développés dans son livre (*Psychopathies et chirurgie*).

L'étude psychiatrique du sujet en est la préface. Des erreurs fréquentes sont commises à cet égard par les opérateurs. Le diagnostic est en général mal précisé ; il est le plus souvent inexact. Les observations perdent alors toute valeur.

En deuxième lieu, il convient d'étudier le rapport de la lésion avec le délire ; celle-ci est-elle, oui ou non, la cause de celui-ci ? Question très délicate dont l'étude ne saurait trouver place ici.

Puis c'est l'acte opératoire qui, dans tous les cas, doit être « appliqué de la même façon, suivant une technique uniforme et le même opérateur ».

Enfin la statistique, dont les éléments doivent être comparables et strictement superposables, et qui conduit à des conclusions précises sur la valeur de l'acte opératoire.

Le contrôle des résultats doit encore être appliqué selon des règles rigoureuses ; quand l'observation des malades et les résultats opératoires ont été soumis aux règles fixées par la méthode chirurgicale, il n'est point possible d'en contester la valeur.

Ainsi les nombreuses observations de M. Picqué, publiées dans les thèses de ses élèves, permettent d'affirmer que l'infection chronique, siégeant à la périphérie, dans les organes ou les tissus, peut engendrer le délire en dehors de tout syndrome clinique d'infection.

CHAPITRE II

DES OPÉRATIONS MUTILANTES

L'idée de rattacher l'éclosion des troubles mentaux aux opérations mutilantes de la gynécologie remonte aux débuts de la chirurgie abdominale.

Une observation de Courty, publiée en 1865, et relative à un cas de folie développée à la suite de l'extirpation d'un kyste de l'ovaire, ouvrait le chapitre des *Psychoses post-opératoires.* Celles-ci furent souvent invoquées par ceux qui luttaient contre l'essor de la chirurgie générale.

Leur apparition semblait, en effet, démontrer que les opérations abdominales et spécialement celles qui intéressent les organes génitaux pouvaient entraîner des troubles mentaux.

M. Picqué a démontré, dans deux communications faites sur ce sujet en 1898 à la Société de Chirurgie, que les psychoses relèvent surtout de l'état psychique antérieur et que, d'ailleurs, les opérations pratiquées sur l'utérus n'occupaient pas dans les statistiques une place prépondérante.

Ces deux propositions méritent d'être discutées : 1° dans certains cas la psychose post-opératoire a une origine infectieuse. Dans les maladies chirurgicales à base infectieuse, l'intervention opératoire peut ne pas enrayer le processus septique. Le délire qui éclate relève alors de la maladie initiale. Dans d'autres cas, la lésion consiste dans un déplacement d'organes, ou une néoplasie dans laquelle l'élément infectieux fait défaut; mais l'intervention a été faite dans de mauvaises conditions d'asepsie. Celle-ci est alors directement responsable de la psychose.

2° Dans les cas ordinaires, au contraire, celle-ci dépend de l'état psychique antérieur ; les malades présentent tous des tares dégénératives plus ou moins prononcées.

Cette notion est capitale ; elle conduit le chirurgien à envisager les contre-indications opératoires d'ordre mental.

Aussi convient-il, avant de fixer une intervention, de pratiquer

l'examen du cerveau, aussi utile que l'enquête viscérale pratiquée par le chirurgien dans des conditions analogues.

Pour justifier ce qui vient d'être dit, il est intéressant de remarquer que ce sont surtout les maladies non infectieuses de l'appareil génital qui fournissent, après les opérations, le plus de psychoses (toute infection post-opératoire mise à part). Tels sont en effet : les déplacements utérins, les ovaires sclérokystiques, les déchirures périnéales. Chez les malades prédisposées, surtout chez les hypocondriaques et les hystériques, ces opérations deviennent souvent le point de départ de préoccupation exagérée ou de réaction mentale délirante par un mécanisme sur lequel M. Picqué a longuement insisté dans l'ensemble de ses travaux.

Envisageons maintenant les maladies de l'appareil génital de la femme, en dehors de toute intervention.

Si on consulte les registres d'un grand service de chirurgie comme celui de mon Maître à Lariboisière, on constate que les maladies infectieuses présentent une fréquence extrême. Par contre, les tumeurs, fibromes ou cancers, sont beaucoup plus rares. Les unes et les autres conduisent le plus souvent à la suppression totale de l'appareil génital.

Que peut faire la chirurgie conservatrice contre ces différentes maladies?

Contre le cancer, elle reste encore impuissante. Les essais de traitement local, et spécialement l'emploi du radium, n'ont pas donné jusqu'ici de résultats suffisamment convaincants, quoi qu'en disent ses partisans, pour devenir la base d'un traitement rationnel.

Le traitement des fibromes par l'électricité est depuis longtemps abandonné ; quant à la radiumthérapie, qui semble en faveur aujourd'hui, elle vise la destruction de l'ovaire, c'est-à-dire la destruction partielle de l'appareil génital.

Quelques gynécologistes ont récemment proclamé, au Congrès international de Londres, des résultats surprenants. Il faut encore tenir ces résultats pour contestables.

Le traitement conservateur des suppurations pelviennes doit être considéré comme aléatoire, et c'est un grand point sur lequel je désire m'arrêter quelques instants.

Si certains foyers infectieux peuvent s'éteindre spontanément ou peut-être sous l'influence d'un traitement local, peut-il en être de même pour les foyers complexes, d'origine tubaire, qu'on

confondait jadis avec les périmétrites et les paramétrites de nature lymphangitique. On ne saurait évidemment nier, *a priori*, la résorption spontanée de ces foyers; mais les cas de guérison doivent être considérés comme exceptionnels. En tout cas, celles-ci sont tardives, exigent un alitement prolongé qui parfois peut aboutir, chez les sujets prédisposés, à la production de psychoses. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister. Notre maître en a observé un grand nombre de cas dans son service de Sainte-Anne (1).

D'autre part, si l'on se reporte à ce qui a été dit dans le précédent chapitre sur l'origine exacte des psychoses au cours des affections utérines, on comprend aisément le rôle bienfaisant des opérations mutilantes, qui suppriment en même temps le foyer infectieux et la psychose que celui-ci tient sous sa dépendance.

Plusieurs cas en ont été publiés dans la thèse de Latapie.

De même que la production des troubles mentaux s'explique le plus souvent par l'infection, leur disparition à la suite de l'intervention s'explique facilement en dehors de toute prédisposition héréditaire.

Telle est l'une des conclusions qui ressortent des nombreux travaux de M. Picqué.

Tandis que notre Maître explique par l'infection une variété des psychoses post-opératoires (réserve faite pour la catégorie très importante qu'il fait dépendre de l'état psychique antérieur), les partisans de la chirurgie conservatrice expliquent tout au contraire ce même accident par la suppression des fonctions menstruelles et ovariennes.

Ils substituent ainsi la donnée physiologique à la donnée pathologique.

Or il n'est nullement démontré que les modifications de la sécrétion interne de l'ovaire à la puberté et à la ménopause sont susceptibles de provoquer des troubles psychiques.

Quelque évidente que soit d'ailleurs l'importance des fonctions ovariennes sur l'organisme, on ne peut, en effet, comme le dit M. Picqué, y rattacher tous les phénomènes qui peuvent se produire aux diverses phases de la vie génitale.

Le syndrome clinique, dû à la ménopause artificielle consé-

(1) Indications et contre-indications du séjour au lit dans les états mélancoliques (*Chirurgie des aliénés*, VIII[e] vol.). — Picqué, Des inconvénients de l'alitement chez les opérées (*Société de Chirurgie*, 1908).

cutive aux opérations mutilantes, comprend surtout des troubles de nutrition, caractérisés par l'obésité, des troubles vaso-moteurs, dont le principal consiste dans les bouffées de chaleur ; enfin des troubles psychiques mal étudiés par les auteurs et qui sont, pour M. Picqué, représentés spécialement par la manie ou la mélancolie.

Il faut tenir compte, dans la production de ces divers symptômes, non seulement de l'ovaire, organe à sécrétion interne, mais encore de la suppression des règles et enfin de la modification apportée aux autres organes par la suppression de l'ovaire.

Dans une étude intéressante publiée par Tuffier et Manté dans la *Presse médicale* (23 novembre 1912), ces auteurs estiment que l'hyperactivité surrénale et thyroïdienne sont les deux grands faits qui semblent tenir le premier plan dans les accidents de la ménopause. Ces auteurs estiment, en outre, que l'opothérapie ne saurait être considérée comme le critérium de la nature hypo-ovarienne de ces troubles.

M. Picqué publia en 1902, avec M. Dagonet, un travail sur les accidents psychiques post-opératoires (*Recueil de travaux*, IIe vol.) sur 41 opérations personnelles et qui lui a permis de faire d'intéressantes constatations.

Vingt-trois fois il a constaté l'existence du syndrome *supposé* glandulaire dans lequel entraient des accidents neurasthéniques isolés ou associés à d'autres formes mentales.

Il a observé que les accidents psychiques apparaissaient à la suite des opérations les plus diverses (curettage, périnéorraphie, néphropexie, hernie ombilicale, et amputation du sein) ; il signale encore une malade, ayant subi en 1888 l'ablation des deux ovaires et qui, en 1896, présenta ces troubles à la suite de la cure de l'éventration.

Il a de plus observé ces troubles chez un homme à la suite d'une résection de l'épaule.

Dès lors, en présence de ces incertitudes, sur lesquelles M. Picqué est encore revenu au Congrès de Dijon en 1908, il paraît conforme à la clinique de faire rentrer les éléments psychiques du syndrome glandulaire dans le cadre des psychoses post-opératoires et de leur donner, par suite, une interprétation analogue.

M. Picqué a pris une voie plus directe encore pour démontrer que la suppression de l'appareil génital interne, chez la femme, peut n'avoir aucune influence au point de vue cérébral.

Il a recherché, dans une population de 450 femmes internées, celles qui avaient préalablement subi une intervention chirurgicale.

Si, en effet, la ménopause artificielle post-opératoire peut être, comme beaucoup le pensent, le point de départ de troubles cérébraux chez la femme, c'est à l'asile qu'il convient de les rechercher, et comme les indications des grandes interventions chirurgicales s'étendent chaque jour, on doit les y retrouver en grand nombre.

Notre Maître a bien voulu nous communiquer le résultat de ces recherches qu'il a faites avec son collègue M. Briand et qui sont consignées dans un travail encore inédit (*Des psychopathies symptomatiques*, Académie de Médecine, lecture du 30 juillet 1912).

Sur le total des femmes internées qu'il a examinées, il n'a trouvé que 7 malades ayant subi des opérations chirurgicales.

Dans ce nombre, deux présentaient de la paralysie générale et doivent être éliminées :

1° G..., opérée en mai 1911 à l'hôpital Saint-Louis pour un fibrome utérin et une hernie inguinale droite, présente une longue cicatrice abdominale médiane et une deuxième cicatrice dans la région inguinale ;

2° D... (résumé) opérée en 1894 à l'hôpital Cochin (service de M. Bouilly) d'une hystérectomie abdominale pour affection non déterminée. Cette malade ne fut d'ailleurs internée que dix-sept ans après.

Il ne reste donc que *cinq* malades :

1° (Résumé) G..., opérée à l'hôpital Necker, le 27 décembre 1911 par hystérectomie vaginale.

Le premier placement remonte au 30 janvier 1901. Le deuxième date de 1908; le certificat immédiat a été délivré à Sainte-Anne par le Dr Simon :

« Débilité mentale avec dépression mélancolique et tentative de suicide. Tremblement des mains. Habitudes de boissons ».

Comme on le voit, le premier internement est antérieur de dix ans à l'opération.

L'état mental est donc absolument indépendant de l'acte opératoire.

2° (Résumé) C..., opérée en janvier 1900 à la Salpêtrière, d'un fibrome utérin.

Cicatrice cutanée médiane. Le premier placement était anté-

rieur d'un an à l'opération (1899). Le deuxième n'a lieu que onze ans après l'opération, le 14 janvier 1911 ; à la date du 19 janvier, M. Magnan établit le certificat suivant :

« Affaiblissement des facultés mentales avec illusions, interprétations délirantes, idées de persécution, excitation passagère. »

Comme dans le cas précédent, le premier placement est antérieur à l'opération.

3° (Résumé) E..., opérée au Havre en 1894 d'une salpingite. Porte, dans la région sous-ombilicale, une petite cicatrice médiane. Éventration. A été internée pour la première fois le 11 février 1912. Le Dr Juquelier a délivré à Sainte-Anne le certificat immédiat :

« Dépression mélancolique avec inertie. Découragement. Tendance au suicide. Tentative récente par asphyxie. »

Nouvelle tentative par strangulation à l'hôpital. Contusion au bras droit ; fracture du bras gauche il y a quelques mois.

Chez cette malade, le premier internement n'a été provoqué que dix-huit ans après l'opération.

Celle-ci ne peut donc encore être responsable de l'état mental.

4° (Résumé) M..., opérée à l'hôpital Necker d'une tumeur abdominale (fibrome utérin?), cicatrice médiane.

La première entrée remonte en 1906 avec le certificat suivant du Dr Kéraval :

« Mélancolie avec idées de persécution. Troubles sensoriels multiples. »

Chez cette malade, M. Picqué n'a pu arriver à connaître la date de l'opération ; ce cas ne présente donc aucune valeur au point de vue qui nous occupe.

5° (Résumé) F..., soixante-cinq ans, opérée à Beaujon d'une tumeur abdominale (fibrome utérin?), cicatrice médiane. A été envoyée directement de l'hôpital à Sainte-Anne, où le Dr Juquelier a délivré le certificat suivant :

« Affaiblissement des facultés intellectuelles. Idées confuses de persécution. Préoccupation hypocondriaque. Turbulence, insomnie. »

C'est la seule malade chez laquelle l'internement a suivi de près l'opération ; mais l'absence de tout renseignement sur son état antérieur rend difficile une interprétation rigoureuse; ce cas reste donc unique sur 450 malades internées.

Dans cette même série de malades, M. Picqué et M. Briand

ont recherché, en outre, les cas de folie consécutive à la ménopause spontanée.

Cette recherche présente de grandes difficultés. Les malades ne renseignent pas toujours sur l'âge si variable auquel la ménopause est survenue, et notre maître rappelle encore que l'époque de l'internement ne répond pas toujours à la date d'apparition de la psychose.

Sur le nombre global, M. Picqué ne trouve que 4 cas qui peuvent être considérés comme des cas de folie post-ménopausique.

Résumé de ces cas :

1° Cinquante ans. Entrée à l'asile à quarante-cinq ans ; dernières règles à quarante-trois ans. Épilepsie ;

2° Quarante-six ans. Entrée à l'asile à quarante-cinq ans ; dernières règles à quarante-quatre ans. Débilité mentale avec idées de persécution ;

3° Quarante-huit ans. Entrée à l'asile à quarante-quatre ans ; dernières règles à quarante-quatre ans. Délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques ;

4° Quarante-trois ans. Entrée à l'asile à quarante-trois ans ; dernières règles à trente-huit ans. Affaiblissement des facultés intellectuelles avec dépression mélancolique.

Comme on le voit, la psychose s'est déclarée un an, deux ans, cinq ans après la ménopause.

Dans un cas elle a commencé la même année.

On peut conclure de ces faits que la psychose ménopausique (3 sur 450 malades aliénées) présente une extrême rareté.

Il résulte de ces recherches statistiques deux points importants :

1° La ménopause artificielle consécutive aux interventions chirurgicales ne semble pas fournir un appoint notable à la population des asiles ;

2° La folie ménopausique ne semble pas fréquente dans cette même population.

Il ne reste plus qu'à démontrer l'utilité des opérations mutilantes en prouvant l'influence efficace de l'opération sur la suppression du délire.

Cette démonstration a été indiquée au cours de notre premier chapitre. Elle est en effet la base de la doctrine touchant la nature infectieuse des délires d'origine utérine.

OBSERVATIONS

Observation I (In thèse de Privat de Fortunié, obs. XVI, p. 124). — Marguerite F..., trente et un ans, journalière, entre à l'asile Sainte-Anne, le 17 septembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Père, ouvrier papetier, âgé de soixante-dix ans, a commis quelques excès alcooliques.

Mère, bien portante, a eu huit grossesses à terme et une fausse couche.

La malade est la septième enfant et la seule fille. Trois frères sont morts en bas âge.

Un frère est mort de diabète à l'âge de vingt-deux ans. Un autre frère est mort de la poitrine à l'âge de trente-deux ans. Deux frères sont encore vivants et travaillent dans la papeterie.

Pas d'hérédité connue.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été d'un caractère timide, n'aimant pas à s'amuser. Elle a eu, à l'âge de douze ans, une fièvre typhoïde dont la durée a été longue. Cette fièvre typhoïde s'est accompagnée de délire.

Réglée à quinze ans, toujours bien réglée depuis.

A dix-sept ans, en 1889, a eu la grippe, qui a duré une quinzaine de jours.

Mariée à l'âge de dix-neuf ans, a eu trois grossesses depuis.

Premier accouchement, à l'âge de vingt ans, d'une fille encore vivante.

Les suites de couches ont été bonnes, et la malade a nourri son enfant pendant neuf mois. Elle a contracté la rougeole à ce moment et a cessé de nourrir.

Deuxième accouchement, il y a deux ans, d'une petite fille morte au moment de l'accouchement (circulaire du cordon) ; tout s'est bien passé.

Troisième accouchement, le 10 janvier 1903, d'un garçon mort pendant le séjour de la malade à l'asile de Vaucluse. L'accouchement a été normal, et la malade s'est levée au bout de dix jours. Elle s'est fatiguée quelque peu à ce moment-là. Depuis son accouchement, la malade a toujours souffert un peu dans le ventre. Elle a nourri son enfant pendant six mois. Les derniers temps qu'elle allaitait, elle était devenue anémique, n'avait pas d'appétit, vomissait le matin. Elle a cessé d'allaiter parce qu'elle dépérissait et qu'elle devenait triste sans savoir pourquoi. Les modifications du caractère sont survenues environ cinq mois après l'accouchement. La malade pleurait sans raison, elle avait des préoccupations au sujet de tout, craignait que son mari ne gagne pas assez d'argent pour vivre.

Les derniers temps, elle ne pouvait pas s'occuper de son enfant et en était arrivée à un état d'aboulie complète. L'ennui de la vie et le découragement l'avaient gagnée. Elle disait à son mari qu'elle voulait en finir avec la vie. Ce dernier, craignant une tentative de suicide, l'a fait placer à l'asile Sainte-Anne.

17 Septembre. — A son entrée à Sainte-Anne, on constate chez cette malade un *état mélancolique* avec sentiment d'impuissance. La malade se reproche sa paresse et conserve des idées de suicide. Cet état dure depuis trois mois.

22 Septembre. — M. Picqué examine la malade au point de vue gynécologique. Il trouve un utérus petit (6 centimètres), mobile, en position verticale. Le col est très ulcéré, présentant à sa surface des bourgeons peu volumineux. Rien aux annexes. La malade entre au Pavillon de chirurgie.

24 Septembre. — M. Picqué pratique le curettage, qui ramène peu de fongosités. Amputation du col par le procédé de Schrœder. Température matin, 37°,3 ; le soir, 37°,2.

Examen d'un fragment du col utérin par M. le Dr Dagonet.

L'examen microscopique montre d'abondantes hémorragies ; le sang est infiltré jusqu'au milieu des couches musculaires, et il remplit les cavités glandulaires.

L'épithélium pavimenteux est normal. Les tubes glandulaires sont dilatés et moins nombreux qu'à l'état normal ; leur épithélium est souvent desquamé.

Légère endométrite interstitielle.

30 Septembre. — La malade n'a pas eu de fièvre depuis l'opération. L'état local est excellent. La malade rentre au service de l'admission. Depuis son entrée, elle a repris un peu de courage. Étant au Pavillon, elle a commencé à demander du travail aux infirmières.

3 Octobre. — L'état physique s'améliore, mais la malade est un peu mélancolique.

13 Octobre. — La malade est transférée à l'asile de Vaucluse. A son entrée, la malade est encore anémique, le teint est pâle et terreux ; l'appétit est faible et la digestion pénible.

Au point de vue mental, on constate une amélioration sensible. Depuis son opération, les idées de suicide de la malade ont disparu, et elle reconnaît que ses préoccupations n'étaient pas fondées. Ces derniers temps, dit-elle, elle a senti son état s'améliorer sensiblement. La malade est encore un peu inquiète de se trouver à l'asile ; ce milieu l'impressionne, et, à son avis, elle serait mieux chez elle. Elle nous demande des fortifiants pour être remise bientôt et partir chez elle. La malade continue à prendre, depuis son opération, des injections vaginales à l'eau chloralée. Elle n'a pas de pertes blanches et ne souffre plus dans le ventre.

27 Octobre. — L'amélioration continue. La malade passe au quartier des personnes tranquilles, où elle peut s'occuper à des travaux divers.

4 Novembre. — La malade paraît complètement guérie. Elle écrit à son mari une lettre très raisonnable pour que ce dernier demande sa sortie.

8 Novembre. — Le mari vient voir la malade. Il la trouve très améliorée depuis quinze jours et demande sa sortie, qui est décidée. Sur ces entrefaites survient la mort du petit garçon, dernier né de la malade. Le mari, craignant que cet événement malheureux ait une influence fâcheuse sur l'esprit de la malade, demande que sa sortie soit différée. La mauvaise nouvelle est cachée pendant quelque temps à la malade. Lorsqu'on la lui apprend, elle supporte très courageusement cette épreuve, disant qu'il faut garder tout son courage pour élever sa petite fille.

1er Décembre. — La sortie de la malade est décidée pour la seconde fois. Actuellement la malade a très bonne mine, le teint est plus coloré,

elle mange et boit bien. Elle a engraissé de 1 kilogramme pendant son séjour à Vaucluse. Toute idée triste et toute préoccupation ont disparu.

6 Décembre. — La malade sort en liberté, complètement guérie.

Réflexions. — Le rapport de causalité entre l'infection latente et l'apparition de l'état mélancolique est ici évident. La malade avait traversé déjà deux fois la période critique de l'accouchement sans présenter le moindre trouble mental. Accouchée le 10 janvier, la malade n'est entrée à Sainte-Anne que le 17 septembre. Pendant ce laps de temps, l'état infectieux ignoré a progressivement réagi sur l'état mental, qui, d'abord caractérisé par de la tristesse, est bientôt devenu nettement mélancolique avec idées de suicide.

Cette malade est examinée le 22 septembre et débarrassée le 24 du même mois de sa lésion organique par M. Picqué ; dès le 30 septembre, son état mental présente une amélioration évidente.

Sa santé physique subit une évolution favorable, progressive, et parallèlement toutes les idées tristes et mélancoliques disparaissent. La malade sort le 6 décembre guérie, trois mois environ après l'opération.

Observation II (obs. XXIII de la thèse de Privat, p. 138). — Élise L..., trente-deux ans, entre le 6 février 1903 à l'asile Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Mère morte dans un asile d'aliénés. Une sœur d'un autre lit est morte à l'asile de Ville-Évrard.

Antécédents personnels. — De tout temps, cette malade a été très nerveuse et impressionnable, sursautant au moindre bruit, très jalouse de son mari, mais avec recrudescence au moment de ses grossesses, où elle ne peut souffrir qu'il la quitte. Elle a eu, consécutivement à des accouchements, des idées obsédantes : crainte de faire du mal à son bébé, à elle-même. Moments de découragement, d'aboulie.

Cette malade a eu sept accouchements et une fausse couche. Les quatre premiers accouchements se sont accomplis normalement et n'ont été suivis d'aucun trouble délirant.

La malade a fait ensuite une fausse couche de trois mois, qui n'a été également suivie d'aucun accident.

Sixième grossesse en 1898. Pendant cette grossesse, la malade avait des idées noires. L'accouchement s'est effectué normalement, d'après les renseignements de la malade. Trois mois après son accouchement, la malade allaitait son enfant lorsque les idées tristes qu'elle avait pendant sa grossesse sont devenues obsédantes et ont nécessité son internement du 24 juin au 2 octobre 1898.

Septième accouchement en 1900, d'un garçon bien portant nourri par la malade, qui n'a présenté d'accès ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement.

Dernier accouchement, le 12 janvier 1903, d'un garçon bien portant

que la malade a nourri les premiers jours. Pendant sa grossesse, la malade avait des pertes blanches. Lorsqu'elle s'est levée, le huitième jour après son accouchement, elle a ressenti subitement une douleur dans le côté droit. Arrivée chez elle, la malade a eu une petite hémorragie et s'est recouchée. Déjà, chez la sage-femme, elle avait des idées noires. La vue d'une fenêtre ouverte évoquait en elle des idées de suicide. Quelque temps après, elle a eu des hallucinations de la vue ; elle voyait des couronnes mortuaires sur sa table. Elle disait constamment qu'elle allait mourir. Elle se découvrait toutes les maladies et toutes incurables, prenait sa température toutes les heures et ne s'occupait plus de son ménage. Elle disait qu'elle voulait que toute sa famille meure avec elle, qu'elle ne voulait pas que son mari et ses enfants restent seuls au monde, que le mieux serait d'acheter du charbon de bois pour mourir tous.

6 Février. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, la malade se trouve dans un état de *dépression mélancolique* avec préoccupations hypocondriaques et idées confuses de persécution. Tendance au suicide.

18 Février. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard. Son état mental reste stationnaire jusqu'au mois de septembre dernier.

A cette époque, M. le Dr Picqué, examinant la malade au point de vue gynécologique, trouve des lésions de l'appareil génital. M. le Dr Kéraval décide l'envoi de la malade au Pavillon de chirurgie en vue d'un traitement local.

16 Septembre. — La malade entre au Pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve : un utérus gros, mobile, en antéflexion légère; le col est déchiré et gros. Rien aux annexes.

19 Septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène des fongosités en quantité notable.

Amputation du col par le procédé de Schrœder.

Température : matin, 37°,2 ; soir, 37°,4.

Examen d'un fragment du col utérin, par M. le Dr Dagonet : endométrite d'origine puerpérale, érosion du col. L'épithélium pavimenteux cesse brusquement au niveau des érosions et se voit remplacé par des excroissances papilliformes recouvertes d'épithélium cylindrique.

Les tubes glandulaires sont très dilatés; leur épithélium desquamé prend une coloration diffuse et uniforme. Il existe une infiltration des petites cellules autour des glandes et un assez grand nombre de mastzellen. Pigment sanguin abondant surtout dans les couches superficielles et provenant d'anciennes hémorragies.

30 Septembre. — La malade va très bien au point de vue local ; elle rentre à l'asile de Ville-Évrard.

15 Octobre. — Nous voyons la malade à l'asile de Ville-Évrard. Elle présente encore quelques idées hypocondriaques, mais elle n'a plus d'hallucinations, et les idées de suicide ont disparu. Cette malade, qui avait auparavant des crises de larmes fréquentes, ne pleure plus actuellement. L'état physique est excellent.

8 Novembre. — La malade sort améliorée au point de vue mental. Elle a engraissé depuis son retour du Pavillon de chirurgie.

Réflexions. — Comme le fait remarquer Privat, cette malade a eu, lors d'un accouchement antérieur, un accès délirant qui a

duré sept mois environ et a guéri sans intervention ; nous ignorons s'il y eut à ce moment des phénomènes infectieux. L'accès délirant antérieur qu'a présenté la malade peut donc avoir été occasionné par l'infection latente, ou bien il a consisté en une simple bouffée délirante passagère chez une dégénérée.

En tout cas, cette malade a accouché huit fois et n'a présenté de troubles mentaux qu'après son sixième et son huitième accouchement.

Si elle a manifesté, consécutivement à la plupart de ses grossesses, un caractère méfiant et jaloux, des obsessions, une grande émotivité et même des idées noires, du moins ces symptômes, témoins de sa déséquilibration psychique, n'ont pas exigé en général son internement, qui ne fut nécessaire qu'après le sixième et le huitième accouchement.

Lors du huitième et dernier accouchement, la malade présenta une infection chronique très nette, révélée par l'examen que pratiqua M. Picqué, jointe à un état de dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques et tendance au suicide.

Une amélioration rapide de cet état mental suivit l'intervention chirurgicale, qui amena aussi naturellement la guérison radicale de la lésion organique, et la malade put être remise en liberté sept semaines après l'opération.

On ne peut enlever une grande valeur aux résultats immédiats d'une opération qui permit à la malade de recouvrer rapidement ses forces, la débarrassa de ses idées mélancoliques ainsi que d'un foyer toxi-infectieux latent qui, sans l'intervention chirurgicale, aurait pu subir une aggravation progressive et non une évolution favorable naturelle.

Observation III (obs. XXIV de la thèse de Privat, p. 140, in thèse Latapie). — Gabrielle G..., trente-huit ans, entre le 4 juillet 1903 à l'asile de Ville-Évrard.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants. Deux sœurs bien portantes quoique très nerveuses.

Pas d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — A toujours été très nerveuse. Aucune maladie grave, mais flatulence habituelle.

Premier accouchement il y a douze ans ; n'a pas été suivi de troubles psychiques.

Deuxième accouchement il y a six ans et demi. Depuis cette époque, la malade avait des idées hypocondriaques. Maintes fois elle a eu l'idée de se détruire. Elle avait des frayeurs sans savoir pourquoi.

Cette malade était mal réglée, et elle est restée une fois quatre mois

sans voir. En décembre 1902, alors qu'elle habitait la campagne, elle est venue à Paris consulter un médecin, parce qu'elle se figurait qu'un voisin voulait l'attirer à lui. Depuis cette époque, la malade était devenue plus triste. Son mari se décide à la placer dans un asile, et elle est admise directement à l'asile de Ville-Évrard.

4 Juillet 1903. — Au moment de son entrée à Ville-Évrard, le Dr Kéraval constate l'état suivant :

Certificat immédiat : « Est atteinte de dépression mélancolique avec hallucinations de la vue, interprétations délirantes, troubles de la sensibilité générale ; elle se figure qu'un prêtre essayait d'agir sur elle, et en même temps se rend compte qu'il ne s'agissait que de troubles sensoriels.

« Obsessions, scrupules, excitation génitale, insomnie la nuit, apparition du prêtre en question dans l'attitude d'abuser d'elle. Demi-conscience » (Dr Kéraval).

16 Septembre. — La malade est transférée au Pavillon de chirurgie, service de M. Picqué.

A l'examen on trouve un utérus gros, dans l'axe, mobile : la cavité utérine mesure 8 centimètres. Col volumineux, non déchiré, légèrement ulcéré.

19 Septembre. — M. Picqué pratique le curettage, qui ramène peu de fongosités. Amputation du col par le procédé de Schrœder. Température le matin : 37°,2 ; le soir, 37°,5.

Examen d'un fragment du col utérin par M. le Dr Dagonet.

Aspect papilliforme de la muqueuse avec desquamation de l'épithélium.

Les tubes glandulaires ne sont pas dilatés ; ils ne sont tapissés d'épithélium que dans leur partie profonde. Ils sont moins nombreux qu'à l'état normal, et le tissu conjonctif est sclérosé.

Les vaisseaux sont distendus par le sang, et le tissu de voisinage prend par imbibition une teinte jaunâtre. En résumé, il s'agit surtout de lésions interstitielles d'endométrite.

20 Septembre. — Température matin, 37°,4 ; soir, 37°,6.

Les suites opératoires sont normales.

5 Octobre. — La malade retourne à Ville-Évrard.

15 Octobre. — La malade entend encore des voix confuses, mais elle n'a plus de visions ; elle conserve des idées hypocondriaques, se plaint de souffrir dans la tête et dans le ventre ; elle dort mal et prend du chloral. Les règles sont apparues depuis son retour de Sainte-Anne.

8 Novembre. — La malade se trouve mieux. Les hallucinations ont complètement disparu.

18 Décembre. — La malade reconnaît qu'elle est moins triste, elle n'a plus l'idée de se faire du mal. Elle a repoussé, dit-elle, ces mauvaises idées, et elle s'occupe dans le service. Elle conserve néanmoins quelques préoccupations au sujet de sa santé physique. Les règles viennent régulièrement, quoique peu abondantes ; la malade n'a plus de pertes blanches depuis son retour du Pavillon de chirurgie.

3 Février 1904. — L'état de cette malade est très amélioré. Les idées délirantes ont complètement disparu, sauf quelques préoccupations au sujet de sa sortie. Elle mange bien et dort mieux ; elle a d'ailleurs nota-

blement engraissé. Elle est bien réglée, et la santé physique est en somme excellente.

Réflexions. — « Dans ce cas, dit Privat, peut-être l'infection date-t-elle du dernier accouchement survenu il y a six ans. » Néanmoins une amélioration très notable avec disparition à peu près complète de la dépression mélancolique et de la tristesse a suivi le curettage et le Schrœder pratiqués par M. Picqué.

Mais que seraient devenues ces malades sans le secours de l'intervention chirurgicale ? Auraient-elles guéri naturellement de leurs lésions organiques et de leur accès mélancolique ? Car nous avons vu que cette évolution favorable n'était pas impossible. Aurait-on constaté, au contraire, une persistance de leur état mélancolique avec tendance à la chronicité et à l'aggravation, ou bien une complication de leur infection chronique aurait-elle déterminé une terminaison fatale ?

La possibilité de ces évolutions défavorables doit enlever toute hésitation aux partisans les moins convaincus de l'intervention opératoire chez les aliénées et exige, à moins de contre-indications formelles, le traitement chirurgical de l'infection chronique puerpérale, qui amène généralement la guérison somatique et la disparition de l'état mélancolique.

Depuis que parut la thèse de Privat, le Dr Picqué a pu encore observer dans son service du Pavillon de chirurgie de nouveaux cas d'infection chronique génitale accompagnée d'états mélancoliques. Nous rapportons également ces observations :

Observation IV (parue dans « Psychoses infectieuses et interventions chirurgicales », par L. Picqué). — L... Louise, trente et un ans, venant du service de M. le Dr Kéraval, à Ville-Évrard, entre au Pavillon, le 1er mars 1906.

Certificat immédiat, délivré le 29 octobre 1905 par le Dr Magnan : « Est atteinte de dégénérescence mentale avec hallucinations, idées mélancoliques, et de persécution, tendances au suicide. »

Note de M. Picqué : « Sous chloroforme on trouve l'utérus un peu augmenté de volume et en latéro-version droite.

« A droite les annexes sont légèrement tuméfiées.

« Le col porte une large ulcération sur les deux lèvres.

« Il y a des pertes blanches abondantes. »

Le 16 mars, on pratique un curettage et une amputation du col par le procédé de Schrœder. Le curettage a ramené une petite quantité de fongosités.

A la date du 13 avril 1906, M. Kéraval délivre un certificat de sortie : « Ne présente plus aucun signe de troubles intellectuels. » Reprise par son mari.

Réflexions. — L'effet de l'intervention opératoire est ici des plus net. Entrée à l'asile en octobre, la malade délire jusqu'en mars. L'infection reconnue à ce moment est suivie d'une opération immédiate. Moins d'un mois après, les idées mélancoliques, la tendance au suicide avaient disparu, et la malade pouvait être rendue à son mari.

Observation V (inédite et personnelle). — M... Jeanne, femme G..., quarante-deux ans. Entre au Pavillon de chirurgie le 22 novembre 1912, venant de l'asile de Maison-Blanche (service de M. Capgras).

Le certificat immédiat a été rédigé le 21 mars 1911 par le Dr Juquelier :

« Est atteinte de délire mélancolique avec illusion ; interprétations délirantes ; idées de persécution et de culpabilité. Anxiété, gémissements, tendance au suicide. »

Certificat du 24 mars 1911 du Dr Treneil. Certificat immédiat :

« Mélancolie avec auto-accusation ; se reproche des actes contre nature, des attouchements sur des jeunes filles et des jeunes garçons ; s'entend accuser d'avoir eu des rapports avec ceux-ci ; illusions multiples de l'ouïe ; tentative de suicide ; ecchymose de la cuisse gauche ; à maintenir. »

Certificat de M. Treneil, 6 avril 1911 (certificat de quinzaine) :

« Mélancolie avec idées d'indignité, auto-accusation et idées de persécution. On l'accuse d'avoir aidé à l'assassinat du Courrier de Lyon, d'avoir tué des enfants. Désespoir, tentative de suicide. A cherché à s'enfoncer une épingle dans le crâne. A maintenir. »

Le 20 novembre 1912, M. Capgras établit ce certificat de transfert.

« Atteinte de mélancolie, présente depuis quelques mois des ménorragies très abondantes qui durent quinze jours environ et se renouvellent chaque quinzaine. A envoyer au Pavillon de chirurgie. »

A l'examen, M. Picqué constate que l'utérus est un peu augmenté de volume. La profondeur, constatée à l'hystéromètre, est de 8 centimètres. Le col est normal, pas de lésion annexielle.

Un curettage explorateur est pratiqué le 25 novembre. La curette ramène une certaine quantité de tissus blanchâtres. Lavage intra-utérin à l'eau oxygénée. L'examen des débris utérins recueillis par le curettage a été pratiqué au laboratoire du service par M. le Dr Mortier. Voici la note inscrite aux nos 245 et 246 du registre : « Nombreuses cellules épithéliales ; glandes de la muqueuse, épaissies mais non déformées ; aucune embolie cellulaire. Réaction épithéliale probablement d'origine inflammatoire ; tissus conjonctifs épaissis simulant par places des tissus fibromateux. Pas d'éléments cancéreux. »

Les pertes continuant et résistant à tout traitement, M. Picqué se décide à pratiquer l'hystérectomie.

L'hystérectomie totale est pratiquée sans incidents le 29 novembre. Pas de péritonisation ni de drainage vaginal. La muqueuse n'est pas le siège de lésions étendues.

La malade quitte le Pavillon guérie le 24 juin 1913.

Le 27 juin 1913, M. Capgras délivre ce certificat de sortie :

« Atteinte d'excitation hypomaniaque consécutive à un accès de dépression mélancolique ; est actuellement guérie et peut être rendue à son mari qui la réclame. »

Réflexion. — Voilà une malade qui guérit d'un accès de dépression mélancolique à la suite d'une opération gynécologique. Si on envisage le cas au point de vue psychiatrique, on est en droit de se demander si la guérison mentale est le résultat de l'acte opératoire ou s'il s'agit d'une simple coïncidence. Mais ici le problème est plus simple et se réduit à une constatation. La mutilation totale n'a pas amené d'aggravation de l'état mental, puisque cette malade quitte l'asile au bout d'un an avec un certificat de guérison.

C'est cette notion qu'il convient d'opposer à l'opinion des partisans de la *restitutio ad integrum* par le traitement conservateur.

Observation VI (inédite et personnelle). — E..., Berthe-Jeanne-Émilie, femme V..., trente-deux ans ; est envoyée au Pavillon de chirurgie le 20 décembre 1912, venant de l'admission.

Certificat immédiat du Dr Briand le 17 décembre :

« Est atteinte de stupeur mélancolique, mutisme. Métrorragies ayant déterminé une anémie assez prononcée ; inégalité pupillaire. » Examen à l'entrée au Pavillon : pertes abondantes ; le col est ferme et légèrement entr'ouvert ; l'utérus est très augmenté de volume. La consistance est inégale : ferme en certains points, plus molle en d'autres. Fibrome probable. A opérer. »

Opération. — Incision médiane ; on constate l'existence d'un fibrome. L'hystérectomie subtotale est pratiquée par le procédé ordinaire.

Péritonisation totale.

La malade quitte le Pavillon le 3 mars en voie de guérison.

Le 7 avril 1913, certificat de sortie du Dr Briand :

« Est suffisamment améliorée pour pouvoir être rendue à son mari, qui la réclame et s'engage à la surveiller. »

Nota. — Cette malade quitte l'asile un mois après l'opération. Elle n'est pas certainement guérie, mais suffisamment améliorée pour être rendue à son mari.

Il est encore intéressant de noter que chez cette malade, à défaut d'une guérison complète, l'intervention n'a pas aggravé l'état mental préexistant.

Observation VII (inédite et personnelle). — E... Maria, femme S..., trente-sept ans, entre au Pavillon de chirurgie le 15 septembre 1912 venant de l'admission.

Certificat immédiat du 14 septembre (Dr Briand) :

« Est atteinte de dépression mélancolique ; anxiété par intervalles ; métrorragie. »

Examen à l'entrée au Pavillon :

« L'utérus paraît augmenté de volume, irrégulier et bosselé ; grande mobilité, rien d'appréciable dans les annexes ; le col ne présente aucune lésion. Il est fermé et de consistance normale. Intervention ; incision médiane. On découvre à droite une tumeur annexielle formée par un hydrosalpinx très adhérent aux deux grils voisins ; l'utérus est petit et mobile ; rien d'appréciable du côté de l'annexe gauche. »

Extirpation facile. Pas de drainage.

Quitte le Pavillon guérie, le 25 novembre 1912.

Les certificats de situation successifs attestent une amélioration progressive.

Le 6 novembre 1913, certificat de sortie du Dr Briand :

« Est guérie des troubles intellectuels qui avaient motivé son entrée, et peut être rendue à la liberté. »

Nota. — Au cours de cette thèse, nous avons signalé des observations d'amputation du col de l'utérus empruntées à la thèse de Privat et suivies de guérison mentale.

Cette dernière observation est relative à une opération beaucoup plus importante que les précédentes, puisqu'elle porte sur l'ovaire ; la guérison mentale a été également obtenue.

Ces deux ordres d'opérations prouvent bien que, d'une part, une opération hâtivement pratiquée guérit un trouble mental et que, d'autre part, l'extirpation complète des organes génitaux internes peut aboutir au même résultat, sans exposer les malades à des troubles mentaux résultant de la suppression de l'ovaire et de la menstruation.

CONCLUSIONS

La solution du problème concernant l'influence des opérations mutilantes de la gynécologie sur le développement des troubles mentaux découle des études qui se poursuivent depuis quelques années au Pavillon de chirurgie de l'asile clinique Sainte-Anne.

Ce problème comprend deux termes :

1° *Pathogénie de la folie dite utérine.* — Il résulte des recherches de notre Maître que c'est l'infection et non l'organe qui produit le délire (réserve faite pour celui qui accompagne les troubles de la menstruation et dont la nature est encore à déterminer).

Dans les cas d'infection utérine, parfois la dégénérescence mentale peut s'associer à celle-ci pour produire le délire ; mais, contrairement à l'avis de quelques psychiatres, cette association n'est nullement nécessaire, et l'infection peut agir directement sur le cerveau pour engendrer le délire.

2° *Action directe de l'opération mutilante* (suppression partielle ou totale de l'utérus, suppression de l'utérus et des annexes) *sur le trouble délirant contemporain de la lésion utérine ou annexielle.*

Il résulte des nombreuses observations recueillies au Pavillon de chirurgie de Sainte-Anne que l'acte opératoire, en supprimant la lésion considérée comme génératrice du délire, supprime le délire lui-même.

Je rapporte dans ce travail 3 cas inédits, dont 2 cas d'hystérectomie totale et 1 d'annexite, suivis de guérison mentale.

La suppression de la fonction menstruelle et ovarienne consécutive aux opérations totales ne semble jouer qu'un rôle bien effacé dans la production du délire.

Les statistiques personnelles publiées par notre Maître, et que nous avons reproduites dans cette thèse, prouvent en effet que la folie ménopausique (spontanée ou opératoire), n'existe pas à l'asile.

En ce qui concerne la psychose post-opératoire, notre Maître a établi depuis longtemps qu'elle ne se développe que lorsqu'il existe un terrain psychopathique préexistant.

BIBLIOGRAPHIE

L. Picqué, Psychopathies et chirurgie. Masson, 1912.

— Chirurgie des aliénés, 1901 à 1913.

— De l'intervention chirurgicale chez les aliénés. *Bulletin de la Société de médecine légale*, rapport lu à la séance du 12 mai 1902.

— Des rapports de la chirurgie et de la psychiatrie. *Revue de Psychiatrie*, 1903.

— La chirurgie des aliénés. *Revue de Psychiatrie*, décembre 1902.

— Rapports de la chirurgie et de la psychiatrie. Des origines extracérébrales de la folie. *Société de Psychiatrie*, 27 avril 1911.

— Du délire psychique post-opératoire. *Société de Chirurgie*, 1er mars 1898.

— Que doit-on entendre par psychoses post-opératoires ? *Société de Chirurgie*, 1902. Rapport.

L. Picqué et Briand, Des psychoses post-opératoires, du rôle que la nature de l'opération peut jouer dans leur production. *Société de Chirurgie*, 9 mars 1898.

— — Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires. *Archives de neurologie*, mars 1903.

L. Picqué et Dagonet, Note sur la neurasthénie post-opératoire. *Recueil des travaux du service*, IIe volume.

L. Picqué, Du délire infectieux. *Société Médico-psychologique*, 1905.

— — Les infections latentes d'origine utérine chez les nouvelles accouchées et leur importance en médecine mentale. *Arch. de psychiatrie*, janvier 1905.

— — Psychoses infectieuses et interventions chirurgicales. *Chirurgie des aliénés*, VIe volume.

L. Picqué et Febvré, Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique. *Annales médico-physiologiques*, 1893.

— — Du rôle de l'intervention chirurgicale et en particulier des opérations gynécologiques dans certaines formes d'aliénation mentale. *Société de Chirurgie*, 29 mars 1899.

— — De la guérison de certains délires à la suite des interventions chirurgicales. *Chirurgie des aliénés*, IIIe volume.

L. Picqué, Troubles psychiques et syndrome ovarien. *Congrès des aliénistes*, Dijon, 1908.

Allessendro, Opothérapie en gynécologie. *Arch. di ginecol. de Napoli*, 1896.

Beahan, Tubovarian adhesions, their reflexes. *Journ. am. med. ass. Chicago*, 1900, XXXV, p. 539.

Boldt, Fonctionnal nevroses. *New York med. Journ.*, 1899, LXIX.

Bossi (de Gênes), Travaux divers.

Battesti, Ménopause post-opératoire. *Thèse* Montpellier, 1908.

Brockman, Oophorectomy for gross functional nervous diseases. *Am. gynec. et ped. Boston*, 1900, XIII, 310, 311.

Dercum, Pelvic diseases and neuroses. *Philadel. med. Journ.*, 1899.

Denis, De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales. *Thèse* Montpellier, 1889.

R.-T. Edes, Relations of pelvic and nervous diseases. *Journ. amer. med. Ass. Chicago*, 1898.

DENT, Insanity following Surgical operations. *Journ. Ment. S. London*, 1889.
TH. GAILLARD, Traité clinique des maladies des femmes. *Trad. Lutaud*, 1879.
FERRI, Ménopause post-opératoire. *Thèse* Lyon, 1908.
HUMISTON, The grower nerve disturbances due to organic changes in the genital organes. *Am. gyn. and. ped. Boston*, 1908.
LATAPIE, États mélancoliques et états infectieux chroniques et latents d'origine chirurgicale. *Thèse* Paris, 1908.
LOISEAU, Folies sympathiques. *Thèse*, 1859.
LEVI, Bouffées de chaleur de la ménopause opératoire. *Thèse* Paris, 1900.
LEBRETON, Opothérapie ovarienne. *Thèse* Paris, 1899.
MAGNIN, De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux. *Thèse* Paris, 1887.
MAIRET, Rapport sur les lésions de la sphère génitale et de l'aliénation mentale. *Montpellier médical*, 1889.
MAREY, The causal relation intra abdominal diseases bear nervous disturbances recognized by gynecologists, ignored by neurologists. *Journ. am. méd. Ass. Chicago*, 1900, t. XXXV, p. 534.
MAUCLAIRE, Greffes ovariennes. *Cong. internat. méd.*, 1900.
PELAS, Rôle de la chirurgie dans l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale. *Thèse* Paris.
PLAYFER, Influence des opérations sur les phénomènes nerveux liés à des affections utéro-ovariennes. *The Lancet*, 1881.
MUSSIN, De la folie consécutive au traumatisme opératoire sur le système génital de la femme. *Thèse* Lille, 1885.
PRIVAT DE FORTUNIÉ, Études sur les délires post partum. *Thèse* Paris, 1904.
— Lésions de l'appareil génital de la femme, leur rôle en pathologie mentale. *Chir. des aliénés*, VIII[e] volume.
POLAILLON, Fibromyome du corps de l'utérus, hystérectomie, aliénation consécutive. *Union médicale de Paris*, 1889.
TISSIER, De la castration de la femme. *Thèse* Paris, 1884-1885.
SEELIGMANN, Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques. *Thèse* Nancy, 1896.
TRUELLE, Psychoses dites post-opératoires. *Thèse* Paris, 1898.

Vu :

Le Doyen,

Dr LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

8012-14. — CORBEIL. Imprimerie CRÉTÉ.